



Name des Patienten (bitte in Blockschrift)

Vorname

Strasse, Nr.\*

Geburtsdatum

Geschlecht M W

PLZ, Wohnort \*

Referenznummer  
Auftraggeber

EMail

Diagnose / Medikamente

Entnahmedatum

Letzte Auftragsnummer

Rechnung an:\*

Patient (ambulant)

Auftraggeber

Schwangerschafts-  
woche/Tage:

Woche: /Tage:

Anti-D gespritzt?  ja Datum:   nein

Letzte Transfusion? Datum:

\*Hinweis zur Rechnungsstellung

Für Patientenrechnungen muss zwingend die vollständige und aktuelle Adresse des Patienten angegeben werden.

Sämtliche nachträglich gemeldeten Änderungen (sowohl Adressänderungen als auch Wechsel Rechnungsempfänger) verursachen Mehrkosten, welche Ihnen als Auftraggeber mit CHF 30.- pro Fall in Rechnung gestellt werden.

Untersuchungsmaterial

- EDTA-Blut  Citrat-Blut / -Plasma  Segment  Plasmabeutel  Vollblut  
 Nativblut  EDTA-Plasma  Erythrozytenkonzentrat  Andere.....  
 Serum  Heparinblut  Thrombozytenkonzentrat  Cell-Free DNA BCT® (STRECK)

Die Ziffern in Klammern (1-9) beziehen sich auf die Entnahmevorschriften: Siehe Rückseite

Immunhämatologie

- Blutgruppe und Rh-faktor (3)  
 Rh/K-Phänotypisierung (nur mit Blutgruppe) (3)  
 Erythrozyten-Alloantikörper (1, 2 oder 3)  
 Direkter Antiglobulintest und ggf. weiterführende Abklärungen (3)  
 Immun Anti-A resp. -B Titer (O-A/B Konst.) (1)  
 Blutgruppen-Antigenbestimmung: .....

Abklärung bei Verdacht auf AIHA (1 und 3)

- Erythrozyten-Autoantikörper (3)  
 (Anti-IgG + Titer, C3d, IgM, IgA, ev. Elution)  
 Kälteagglutinintiter (6)  
 Donath-Landsteiner-Test (6)  
 Säure-Kälte Hämolyse (6)

Molekulare Blutgruppen-Diagnostik (PCR-SSP) (3)

- ABO  RHD Variante (Rhd Weak, Partial)  
 RHD-Zygotie  Erweiterter Genotyp (SSP-PCR)  
 RHD, RHCE (RHD, RHCE, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU, VEL)  
 RHCE Variante  Weitere Blutgruppen: .....  
 Foetale RHD-Bestimmung aus mütterlichem Plasma (8)  
 → zwingend mit Angabe SSW und Entnahmedatum

Qualitätskontrolle Blutprodukte

- Restleukozyten  Resterythrozyten  pH-Bestimmung

Blutbild (3)

- Blutbild (Leukozytenzahl, Erythrozytenzahl, Thrombozytenzahl, Hb, Hk)

HPA-Genotypisierung

- HPA-Typisierung, molekularbiologisch (3)

Serologische Verträglichkeitsprüfung (1 und 3)

Blutbestellung:

Anzahl Erythrozytenkonzentrate:

Lieferdatum:

Lieferzeit:  Uhr

Röhrchen **muss** mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Entnahmedatum beschriftet werden.

Mit falsch oder nicht beschrifteten Röhrchen werden **keine** Verträglichkeitsprüfungen durchgeführt.

Bei Schwierigkeiten bitte Telefon 031 384 23 50 anrufen.

Nur für internen Gebrauch

Ausgepackt / Eingangskontrolle:

Eingelesen:

Etikettiert:

Abpipettiert:

2. Erf:

Bemerkungen, Bestellungen

Dieses Feld leer lassen.  
Nur für interne Zwecke.



SPECIMEN V20240701 - bitte nicht benutzen!  
Formulare bestellen bei Laboradministration:  
labordiagnostik@itransfusion.ch  
oder 031 384 23 00

